

RELATO DE CASO: HISTERECTOMIA PUERPERAL POR ACRETISMO PLACENTÁRIO, COMPLICADO COM TROMBOSE DE VEIA OVARIANA BILATERAL



Gomes, LF; Souza, CM; Moreira, AMA

Área de Atuação Clínico e Cirúrgico da Gestante do Instituto Fernandes Figueira – IFF/FIOCRUZ

INTRODUÇÃO

O acretismo placentário, condição obstétrica anormal, ocorre quando há invasão trofoblástica ao miométrio, com profundidade e extensão variáveis, sendo classificada em 3 categorias: acreta, increta e percreta. É uma condição de crescente incidência e associada a alta morbidade materna. Embora a ultrassonografia padrão seja uma ferramenta confiável, disponível e primária para o seu diagnóstico, a ausência de achados ultrassonográficos não exclui o diagnóstico. Portanto, a avaliação clínica dos fatores de risco é igualmente essencial para a previsão de invasão placentária anormal. A trombose de veia ovariana, por sua vez, é uma condição rara, mas potencialmente grave, ocorrendo predominantemente no período pós-parto.

RELATO DE CASO

J.T.D.O, feminina, 38 anos, previamente hígida, G2P1CA0, cesariana há 7 anos, 41 semanas, é admitida na maternidade do IFF, para interrupção programada da gestação, após pré-natal realizado em Unidade Básica de Saúde do Rio de Janeiro. Opta-se por cesariana eletiva, após recusa de indução de parto por gestação prolongada, com nascimento de recém-nascido vivo, único, sexo feminino, pesando 4192g, APGAR 9/9. Após nascimento do concepto, foi realizada extração manual de placenta aparentemente incompleta e anormalmente aderida ao miométrio, compatível com acretismo placentário, associado a atonia uterina refratária a uterotônicos com hemorragia uterina intensa, de difícil controle. Devido ao quadro de acretismo e hemorragia grave, foi optado por realizar histerectomia total puerperal e transfusão maciça de hemoconcentrados. Paciente evolui com estabilidade hemodinâmica em pós-operatório imediato e elevação dos níveis hematimétricos. Após 21h da cirurgia, inicia-se anticoagulação profilática com enoxaparina 40 mg 12/12 horas, suspensa após início da deambulação. No quarto dia pós-operatório, mantendo dor abdominal, de forte intensidade, principalmente a direita, sem fatores de melhora, é submetida a tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve, que evidencia hematoma em região da loja uterina, com volume estimado em 90ml e outro, em parede abdominal anterior infraumbilical, além de sinais de trombose em veias ovarianas bilaterais. Em discussão multidisciplinar do caso, opta-se por conduta expectante, inicia-se antibioticoterapia preventiva com gentamicina (7 dias) e clindamicina (10 dias), além de anticoagulação plena, com enoxaparina 120 mg/dia. Paciente evolui satisfatoriamente, recebendo alta hospitalar 21 dias após cirurgia, estável hemodinamicamente, sem queixas, em uso de rivaroxabana por no mínimo 3 meses, TC de controle agendada e seguimento ambulatorial.

DISCUSSÃO

O acretismo placentário é uma patologia que está fortemente associada com antecedentes de cesarianas prévias e à placenta prévia. É crucial haver alta suspeição clínica nessas situações, uma vez que o não diagnóstico pode trazer grandes dificuldades em seu manejo. A placenta acreta está relacionado a hemorragias graves no momento do parto, podendo levar ao choque hemorrágico e até mesmo ao óbito. O diagnóstico é feito pela ultrassonografia de segundo trimestre e pela ressonância nuclear magnética, nas pacientes que possuem fatores de risco para tal. A OMS, preconiza a taxa de cesariana em 15% de todos os partos, porém nas últimas décadas ela se tornou o modo mais comum de nascimento no Brasil, representando a via de parto em 56% de todos os nascidos vivos, segundo o DATASUS de 2014 a 2016. A trombose da veia ovariana pode estar associada a procedimentos cirúrgicos e ginecológicos, como ooforectomia e histerectomia, mais comumente ao puerpério, abortamentos, doença inflamatória pélvica, cirurgias pélvicas e malignidades. Os sintomas clínicos são vagos e inespecíficos, sendo febre e dor abdominal suas manifestações mais comuns, tornando muitas vezes o diagnóstico desafiador. Portanto, conclui-se que o caso em tela ilustra uma patologia de crescente importância, que ainda carece de protocolo diagnóstico com boa sensibilidade e especificidade, que é o acretismo placentário, além de uma patologia de baixíssima incidência e difícil diagnóstico devido aos sinais e sintomas inespecíficos, que é a trombose de veia ovariana.

REFERÊNCIAS

1. Loureiro R. C.; Benevides M. L.; Carrijo L. G.; Ferreira F. S. G.; Martins L. F. C. de S. A.; Costa A. C. C.; Ojeda F. V. B.; de Mattos T. P. Cesariana de gestante com placenta prévia e acretismo seguido de histerectomia devido sangramento maciço. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 1, p. e5787, 31 jan. 2021.
2. Carusi DA, Fox KA, Lyell DJ, et al. Placenta Accreta Spectrum Without Placenta Previa. Obstet Gynecol 2020; 136:458
3. Jauniaux E, Bunce C, Grønbeck L, Langhoff-Roos J. Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2019; 221:208
4. Silver RM, Barbour KD. Placenta accreta spectrum: accreta, increta, and percreta. Obstet Gynecol Clin North Am. 2015 Jun;42(2):381-402. doi: 10.1016/j.ogc.2015.01.014. PMID: 26002174.